

様式 26

身体的拘束を行うに当たってのお知らせ

(入院患者の氏名) 殿

年 月 日

- 1 あなたの状態が、下記に該当するため、これから（午前・午後 時 分）身体的拘束をします。
- 2 下記の状態がなくなれば、身体的拘束を解除します。

記

- ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している状態
- イ 多動又は不穏が顕著である状態
- ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある状態
- エ その他（ )

精神保健指定医の氏名